

## ЛЕЧЕНИЕ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

*Жебентяев А.А., Рыдин А.А., Матвеев И.В.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Диагностика и лечение различных форм недержания мочи (НМ) остается одной из основных проблем урологии и гинекологии [1-6]. Это заболевание диагностируется у 4,5-53% у женщин и у 1,6-24% у мужчин [Nampel et al. 1997]. НМ - объективно демонстрируемое состояние, при котором непроизвольная потеря мочи является социальной и гигиенической проблемой. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще встречается у женщин в климактерическом периоде [1,2,4].

Для практических целей применяется простая и удобная классификация: императивное НМ (ИНМ), стрессовое НМ (СНМ), смешанное и прочие формы

304530

НМ. ИНМ представляет собой учащенное мочеиспускание ( $>8$  раз в сутки), сопровождающееся неконтролируемой потерей мочи вследствие сильного позыва на мочеиспускание. Причиной ИНМ является гиперактивность мочевого пузыря (ГМП), которая проявляется избыточной сократимостью мышц мочевого пузыря (детрузора) и может иметь различный патогенез. СНМ провоцируется действиями, при которых повышается внутрибрюшное давление (кашель, подъем тяжести, смех, чихание). Причиной развития СНМ является недостаточность сфинктерного аппарата. В случаях, когда нарушения имеют комбинированный характер с элементами ИНМ и СНМ, говорят о смешанном НМ. Предложено множество методов лечения НМ [1-6]. Большинству больных помогают консервативные методы лечения: ЛФК, физиотерапия, медикаментозная, в том числе и местная заместительная гормонотерапия (ЗГТ).

При 2-3 стадиях СНМ показано оперативное лечение, методы которого претерпели существенные изменения за последние годы. В настоящее время минимально-инвазивные субуретральные слинговые операции стали основой хирургического лечения женщин со СНМ [4-6]. Операция TVT (Tension-free vaginal tape) была предложена Ulmsten более 10 лет назад [6]. Хотя она считается безопасной и эффективной (80%) в отдаленном периоде, сообщается об осложнениях: повреждении тазовых органов, нервов и сосудов. Альтернативой позадилобковой методике TVT являются трансобтураторные методики, при которых синтетическая лента проводится через обтураторные отверстия либо по методике «снаружи-внутрь» - как при TOT (transobturator tape) [3], или «изнутри-наружу» как при TVT-O [5]. Трансобтураторный доступ более предпочтителен, так как при нем отсутствует риск перфорации мочевого пузыря, нет необходимости цистоскопического контроля и меньшая частота п/о осложнений. Достоинства перечисленных систем для выполнения слинговых операций хорошо известны [4], однако их высокая стоимость ограничивает широкое использование этих технологий в странах бывшего СНГ.

**Цель** – анализ результатов лечения недержания мочи у женщин, обратившихся в клинику урологии УО «ВГМУ» и оценка результатов трансобтураторной сфинктеропластики уретры (TOT) синтетической лентой из полипропилена с использованием импортзамещающих технологий.

**Материалы и методы.** За период с 01.2007 по 12.2008 г. было пролечено 66 пациенток с НМ (средний возраст 57,5 лет). Из них было 25 с ИНМ, 36 – с СНМ, 5 – со смешанным НМ. Обследование больных проводилось согласно стандартам Европейской ассоциации урологов (EAU) по диагностике и лечению НМ у женщин.

Пациенткам с клиническим ИНМ и предполагаемым ГМП (в клинике УО «ВГМУ» отсутствует аппаратура для проведения уродинамических исследований) назначалась терапия холинолитическими препаратами (дриптан 2,5-5 мг. 2-3 раза в сутки или везикар 5 мг. 1 раз в сутки), упражнения для тренировки мышц тазового дна, у женщин в постменопаузе после исключения эстрогензависимых заболеваний назначалась местная ЗГТ эстриолом или овестином (свечи или крем) в дозе 0,5 мг. ежедневно первые две недели лечения, затем 2 раза в неделю до 1 месяца - с последующим продлением терапии под контролем гинеколога по месту жительства.

При смешанном НМ в течение 2-3 месяцев проводился курс консервативной терапии ГМП как описано выше – обычно наступало выраженное

улучшение. Стрессовый компонент обычно купировался при ежедневном выполнении упражнений для тренировки мышц тазового дна, при сохраняющемся СНМ выполнялась операция по методике TOT. Характеристика пациентов, которым выполнялась TOT по поводу СНМ: возраст 35-65 лет, клинический диагноз СНМ с использованием анкеты ICIQ-SF, положительная «кашлевая проба» и тест элевации шейки мочевого пузыря, объем мочевого пузыря >300 мл., отсутствие остаточной мочи или <100 мл., отсутствие сахарного диабета и нейрогенного мочевого пузыря, курс лечения ГМП не менее 3 мес. при смешанном НМ, нормальный ОАМ и нормальные мазки из «U» и «C», отсутствие патологии при уретроцистоскопии. Больные в течение длительного времени страдали СНМ (в среднем 6,5 лет) и неоднократно получали консервативное лечение, которое имело временный успех или было неэффективным.

Операция TOT выполнялась под местной или спинномозговой анестезией, как описано в соответствующей литературе [3]. Импортзамещающая технология состояла в применении сетчатой ленты из хирургической сетки «ЭСФИЛ ES3535 бело-синий», российского производства. Ленту выкраивал во время операции сам уролог из хирургической сетки, для её установки использовали изогнутый троакар собственного производства. Данная методика снизила затраты на расходные материалы в 17 раз. Контрольные обследования проводились через 1, 6 и 12 мес. с использованием вагинального исследования и заполнения анкеты ICIQ-SF. Результат оценивали по негативной «кашлевой пробе», снижению количества баллов по анкете ICIQ-SF, а также по отсутствию осложнений.

**Результаты и обсуждение.** В основе слинговых операций при СНМ у женщин лежит теория о механизме закрытия уретры, согласно которой, уретра смыкается в средней части, а не в области шейки мочевого пузыря. Нарушение функции лобково – уретральной связки, являющейся опорой для средней части уретры приводит к гипермобильности уретры и нарушению функционирования сфинктерного аппарата, что проявляется СНМ.

При постановке показаний к оперативному лечению крайне необходимо проводить точную дифференциальную диагностику между СНМ и ИНМ, так как улучшение результатов хирургического вмешательства в первую очередь обусловлено исключением из числа пациентов хирургических клиник больных, которым хирургическое лечение либо не показано, либо противопоказано.

Интраоперационные осложнения. При выполнении операции TOT повреждений мочевого пузыря не было. У одной пациентки при выделении была повреждена уретра, которая была ушита дексоном 5/0 и выполнена передняя кольпоррафия. После удаления катетера на 12 сутки рана зажила. В связи с наличием мочи в ране в данной ситуации коррекция СНМ синтетической лентой выполнена не была, однако после данной операции и проведенного консервативного лечения степень СНМ значительно уменьшилась. В 2 случаях было выражено кровотечение из вен паравагинального сплетения, которое остановлено тампонированием места кровотечения во время операции с последующим тампонированием влагалища на 1 сутки после операции. Всем прооперированным больным уретральный катетер был удален на следующие сутки или через сутки после операции. В раннем п/о периоде острых задержек мочеиспускания, связанных с избыточной обструкцией уретры - не было.

В отдаленном периоде у 4-х женщин, перенесших операцию по технике TOT, отмечены осложнения: избыточная обструкция уретры (1 больная),

требовавшая бужирования уретры и сохранившееся СНМ у 3 больных, которым запланированы повторные операции. Влагиаличных или уретральных эрозий не выявлено. У 3 больных отмечено появление императивных позывов или болевого синдрома, что купировалось применением холинолитических препаратов и обезболиванием в виде ректальных свечей кетонал или диклофенак.

Таким образом, полная континенция (отсутствие жалоб на СНМ при кашле, чихании, физической нагрузке) и адекватное мочеиспускание (без остаточной мочи) путем хирургического лечения СНМ достигнута у 32 женщин (88,9%). Кроме того, по данным анализа ответов женщин, перенесших TOT, на вопросы анкеты ICIQ-SF, частота эпизодов НМ уменьшилась с 4,6 до 0 баллов. Степень теряемой мочи уменьшилась с 5,1 до 0, а влияние НМ на качество жизни уменьшилось с 8,3 до 0 баллов. Среднее пребывание в стационаре составило 4,6 к/дней. Больные приступали к активной жизни через 3 недели после операции. Наблюдение после операции составило от 2-х месяцев до 2 лет.

На всех этапах послеоперационного периода гнойно - воспалительных осложнений или отторжения полипропиленовой ленты не наблюдалось. Особо стоит отметить малую травматичность данного вмешательства и минимальный послеоперационный болевой синдром по сравнению с другими традиционными оперативными методиками.

#### **Выводы.**

1. Для определения тактики лечения женщин с недержанием мочи, достижения хороших и отличных результатов лечения необходимо при обследовании точно определить тип недержания мочи: стрессовое, императивное, смешанное.

2. Лечение ГМП, приводящего к ИНМ или являющегося компонентом смешанного НМ, осуществляется современными холинолитическими препаратами (дриптан, везикар, детрузитол) в сочетании с местной ЗГТ эстрогенами (овестин, эстриол) и комплексом упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна.

3. При стрессовом недержании мочи, а также при устранении синдрома ГМП (в течение 2-3 месяцев) и сохранении СНМ при смешанном НМ, определяются показания к малоинвазивному оперативному вмешательству – трансобтураторная сфинктеропластика уретры синтетической лентой (TOT).

4. TOT является малоинвазивным, малотравматичным и высокоэффективным методом оперативного лечения СНМ у женщин.

Литература:

1. Переверзев О.С. Клинічна урогінєкологія: Монографія / Мал. Д.В. Щукіна – Х.: Факт. 2000.

2. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин – СПб.: «ЭЛБИ-СПб» 2000.

3. Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. Prog. Urol 2001,11:1306-13.

4. Latthe P.M., Foon R., Tooze-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. BJOG 2007,114:522-531.

5. Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. Eur Urol. 2003;44:724-30.

6. Ulmsten U., Henriksson L., Johnson P. et al. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence *Int Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7:81-85.